WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll.
Seq.
No.
pam
WC160
1897
G47t

Gilles de la Tourette and Chipault, A.

Le traitement de l'ataxie par l'élongation vraie de la moelle épinière.

Nouv. icon. d. l. Salpetrière. 1897

GILLES de TOURETTE, de la

22501265644

Edgar 7 Cy

Tourette et chipault
p 145 (first page

TOURETTE de la
&
CHIPAULT

40431194

TOURETTE, de la

&

CHIPAULT

WELLCOME INSTITUTE
Library
Coll. welMOMec
Call pam
No. WC160
1897
G47t

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE
38453
Cynar Coll.

LE TRAITEMENT DE L'ATAXIE

PAR

L'ÉLONGATION VRAIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

PAR

GILLES DE LA TOURETTE ET **A. CHIPAULT**
Professeur agrégé à la Faculté. Consultant de Chirurgie à la Salpêtrière.

Au cours de recherches sur l'anatomie topographique du rachis et de la moelle épinière, nous avons été frappés de ce que l'on pouvait, à l'aide de certaines manœuvres bien définies, faire subir à la moelle une élongation manifeste, et nous avons cru devoir transporter cette donnée dans le domaine thérapeutique : ce sont nos investigations à ce sujet, poursuivies depuis bientôt quatre ans, que nous désirons faire connaître aujourd'hui.

I. — Données d'anatomie expérimentale.

La suspension, remarquons-le tout d'abord, ne produit pas d'allongement appréciable de la moelle : si l'on suspend un cadavre non autopsié à l'aide d'un appareil de Sayre dépourvu de soutiens axillaires, on constate, le canal vertébral ayant été préalablement ouvert sur toute sa longueur, qu'il ne se produit aucune modification appréciable de son contenu ; cette manœuvre augmentant la longueur du rachis de près de 1 centimètre, il est toutefois probable qu'elle exerce une action réelle sur la moelle et sur les racines radiculaires : mais c'est une action minime, évidemment moindre encore lorsque la suspension est faite sur un sujet vivant, chez lequel les muscles périvertébraux augmentent la résistance qu'oppose le rachis au poids des membres inférieurs, seul facteur possible de son allongement dans le cas particulier.

Au contraire, la flexion du rachis produit un allongement vrai, mesurable avec un centimètre souple ordinaire, de la moelle épinière et des racines.

Nos premières expériences dans ce sens, exécutées sur des rachis vidés de leur contenu, nous avaient montré que la flexion du rachis faisait subir à la paroi antérieure de son canal un allongement considérable, por-

tant principalement sur les vertèbres dorso-lombaires. Cet allongement, sur les sujets où nous l'avions mesuré, avait été considérable : 3 cent. 1, 3 cent. 5 et 4 cent. 3, soit près du vingtième de la longueur totale de la colonne vertébrale au repos qui était respectivement de 52 centimètres, 60 cent. 3 et 72 cent. 8. Chez notre premier sujet, sur 3 cent. 1 d'allongement, 8 millimètres étaient revenus aux vertèbres cervicales, 4 aux 10 premières dorsales, 12 aux 3 vertèbres suivantes, 7 aux 4 dernières ; chez notre second sujet, sur 3 cent. 5 l'allongement avait été respectivement de 6.6, 14 et 15 millimètres ; chez notre troisième sujet sur 4 cent. 3, de 10.6, 15 et 12 millimètres.

Nous devions dès lors nous demander comment s'accommodait à de telles modifications le contenu du canal, relié à sa paroi antérieure par de multiples attaches.

Un essai fut fait tout d'abord sur un cadavre dont le canal rachidien renfermait intact le fourreau dural mis à nu sur toute son étendue ; pendant la flexion, celui-ci se tendit, s'aplatit, se rida longitudinalement et s'allongea de 1 cent. 7, passant de 51 cent. 1 à 52 cent. 8, au niveau de sa face postérieure seule mensurable.

Malgré l'importance de cette constatation, il nous sembla préférable de faire porter ultérieurement nos mensurations, non plus sur le fourreau dural, mais sur les organes nerveux intra-duraux eux-mêmes ; ce que nous fîmes, alors, sur trois sujets et, depuis, sur deux autres ; soit, en totalité, cinq expériences, qui nous ont donné les résultats suivants :

a) La flexion du rachis produit un allongement constant de l'ensemble des organes nerveux intra-duraux : il a été, sur nos 5 cadavres, respectivement de 1 cent. 3, 1 cent. 2, 1 cent. 6, 2 cent. et 1 cent. 1.

b) Cet allongement total se partage entre la moelle et la queue de cheval. La part qui revient à la moelle ne varie que fort peu d'un sujet à l'autre. Au contraire la part qui revient à la queue de cheval varie très notablement : c'est à elle que sont dues presque exclusivement les variations individuelles du total.

En effet, nous avons obtenu les résultats suivants :

	Allongement total.	Moelle.	Queue de cheval.
1re Exp.	1 cent. 3	7 mill.	6 mill.
2e Exp.	1 cent. 2	7 mill.	5 mill.
3e Exp.	1 cent. 6	9 mill.	7 mill.
4e Exp.	2 cent.	9 mill.	1 cent. 1
5e Exp.	1 cent. 1	7 mill.	4 mill.

Notons à propos de ces chiffres que la différence entre l'allongement de la moelle et l'allongement des corps vertébraux correspondants explique l'ascension de l'extrémité terminale de la première le long de cette face,

endant la flexion du rachis : ascension bien réelle, connue depuis longemps, et dont les conséquences chirurgicales ne sont pas sans intérêt ; ous tenions à faire constater que son existence ne contredit en rien la otion de l'allongement vrai de la moelle pendant le même mouvement.

c) Il résulte encore de nos mensurations que l'allongement proprement it de la moelle ne porte pas avec une égale intensité sur les divers segnents de cet organe. Dans le sens longitudinal, il se localise au-dessous e la deuxième paire radiculaire dorsale, avec maximum à la hauteur des remières paires lombaires : nous renonçons à donner à ce sujet nos meures millimétriques, qui, par suite de la variabilité, avec les régions, de intervalle entre deux paires radiculaires consécutives, ne pourraient ffrir de ce résultat très net qu'une idée tout à fait inexacte. Dans le sens ntéro-postérieur d'autre part, l'allongement porte nécessairement davanage sur les parties postérieures de la moelle que sur ses parties antérieues, puisque l'axe de flexion du rachis passe en avant de cet organe : cette lifférence d'action est évidente ; nous n'avons pas réussi à la mesurer l'une manière précise.

Telles ont été nos expériences ; disons en terminant leur description que toutes furent exécutées, le cadavre étant assis sur la table d'amphihéâtre, les membres inférieurs étendus et fixés à plat sur cette table, les pieds se joignant et se touchant par leur bord interne.

En somme, tandis que la suspension du rachis ne produit qu'une élongation insignifiante de la moelle, sa flexion sur un sujet assis les jambes étendues produit une élongation de cet organe de près de 1 centimètre, portant presque toute son action sur ses parties postérieures, au niveau des premières paires lombaires.

II. — Applications thérapeutiques.

Ces faits constatés, nous pensâmes à les appliquer à la thérapeutique de l'ataxie locomotrice.

*
* *

Nous y étions encouragés par ce fait que, pendant ces vingt dernières années, le traitement de cette affection a été dominé presque complètetement par cet objectif : agir mécaniquement sur les organes nerveux malades.

Dans une première période, qui dura de 1878 à 1883, nombre d'auteurs, tant en France qu'à l'étranger, cherchèrent à y réussir par l'élongation des nerfs : *aujourd'hui condamnée comme méthode de traitement général du tabes, cette technique reste, appliquée non plus aux gros troncs nerveux, mais aux petites branches périphériques, le seul procédé thérapeu-*

tique efficace contre ses accidents trophiques (maux perforants, etc.), ainsi que l'un de nous l'a récemment démontré (1).

On saura à l'occasion l'associer, sous cette forme particulière, au traitement principal de l'affection médullaire.

Celui-ci, du reste, chercha presque immédiatement à devenir tout à fait direct; l'élongation de la moelle elle-même devint le but des efforts de la thérapeutique.

Dès 1883, Moczutkowski d'Odessa, publiait les bons effets qu'il avait, en cherchant ce résultat, obtenus chez 15 tabétiques à l'aide de la suspension avec l'appareil de Sayre. Ses essais restèrent presque ignorés jusqu'au jour où M. Raymond de retour d'un voyage en Russie, fit part à notre regretté maître Charcot des bénéfices obtenus par cette technique. En 1888, celui-ci confiait à l'un de nous, alors son chef de clinique, le soin d'expérimenter dans son service le nouveau procédé de traitement; le 19 janvier 1889, nous publiions nos premiers résultats (2), obtenus sur 18 tabétiques; le 25 février (3), nous y revenions, en nous basant sur l'étude de 40 malades; enfin, en mai 1890 (4), tablant sur une statistique de 100 cas nous disions: « 100 ataxiques à la période moyenne de leur affection soumis à la suspension peuvent, après 30 à 40 séances, être divisés ainsi qu'il suit: 20 à 25 sont améliorés suivant la totalité des symptômes de la maladie, particulièrement les douleurs fulgurantes, l'incoordination motrice, les troubles génito-urinaires, sans qu'il y ait de changements dans les troubles oculaires et le signe de Westphall, 30 à 35 ressentent à des degrés divers une amélioration d'un ou de plusieurs, mais non de la totalité des symptômes. Les autres, 35 à 40 pour 100 environ, ne retirent aucun bénéfice de la suspension ou du moins n'en retirent que des bénéfices trop passagers pour entrer en ligne de compte dans les résultats favorables. »

L'enthousiasme même qui accueillit la suspension lui fut des plus préjudiciables: il n'y eut bientôt plus en France un établissement hydrothéra-

(1) A. Chipault. *De la cure radicale du mal perforant par l'élongation des nerfs plantaires* (Académie de médecine, 6 avril 1897), publié *in extenso* dans la Médecine moderne, numéro du 7 avril 1897.

(2) J.-M. Charcot. *De la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux.* Leç. recueillie par Gilles de la Tourette. Progrès médical, 19 janvier 1889.

(3) Gilles de la Tourette. *De la technique à suivre dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive et de quelques autres maladies du système nerveux.* Progrès médical, 23 février 1889.

(4) Gilles de la Tourette. *Modifications apportées à la technique de la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux.* Nouv. Iconographie de la Salpêtrière, n° 3, 1890.

ique, voire une salle de gymnastique, où elle ne fut appliquée, laissée le lus souvent aux mains de garçons de bains, de gens complètement igno-ants des choses de la médecine ; on y soumit à tort et à travers tous les taxiques, si bien qu'il se produisit des accidents graves, même des cas de nort subite qui jetèrent sur elle le discrédit.

Aussi, en 1891-92, sous l'influence de Brown-Sequard, les injections e suc testitulaire se substituèrent-elles sans effort à la thérapeutique mé-anique : leur vogue fut du reste brève, car elles ne tinrent en rien les romesses dont on les avait cru susceptibles.

Et, dans ces dernières années, on en revint peu à peu à la suspension. Erb (1) la préconise à nouveau comme donnant d'excellents résultats, sur-out marqués chez les sujets qui ont des douleurs, de l'anesthésie, de la aiblesse musculaire, des troubles vésicaux. Vorotensky (2) arrive de son côté à des conclusions à peu près analogues. Dans une Revue critique, M. Belugou (3), médecin de Lamalou, les appuie de son expérience. Tout récemment, le professeur Raymond (4) déclare que la méthode de Moczut-owski reste pour lui la méthode de choix dans le traitement du tabes. D'autre part, on essaie de supprimer les accidents de la suspension en fai-ant fléchir les jambes sur le tronc, soit directemenl (Bonuzzi) (5), soit à l'aide de courroies (Blondel) (6) ; ces deux tentatives sont demeurées sans écho.

*
* *

Quant à nous, restés constamment fidèles au principe de l'élongation médullaire, nos idées sur la meilleure manière de l'obtenir en pratique se ont transformées, à la suite des recherches anatomiques que nous avons out à l'heure rapportées : elles nous prouvaient, en effet, la nécessité, pour les produire réellement, non plus de suspendre, mais de fléchir le rachis de nos malades.

*
* *

(1) Erb. *Die Therapie der Tabes.* Sammlung klinischer Vortrage, n° 150, avril 1890.

(2) Vorotensky. *Ueber die Suspension als eine Behandlung methode bei Nervenkrank-heiten.* Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, vol. VIII, liv. 1 et 2, 1895.

(3) Belugou. *Traitement mécanique de l'ataxie.* Nouv. Montpellier méd., supplément bi-mensuel, 1er janvier 1896, p. 17.

(4) F. Raymond. *Le traitement de l'incoordination motrice du tabes par la rééducation des muscles.* Revue intern. de thérapeutique, nos 5, 6, 7, 1896.

(5) Bonuzzi. Atti della reale Accademia di Roma, 1890-1891, p. 257. A ce propos Be-nedikt (*die Methode Bonuzzi der Behandlung der Tabes*, Wiener med. Presse, 1892, p. 4), se faisant l'apologiste de la méthode de Bonuzzi, dit que cet auteur a expéri-menté sur le cadavre l'action mécanique de la flexion rachidienne sur la moelle et ob-tenu des résultats trois fois plus considérables que par la suspension : nous n'avons pas trouvé le détail de ces expériences dans les journaux italiens contemporains.

(6) Blondel. Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, 1er avril 1895.

L'appareil que nous avons fait construire dans ce but (Fig. 1) se compose essentiellement d'une table basse, portative, longue de 1 m. 50, large de 45 centimètres, portant à sa partie postérieure un petit dossier auquel est fixée une courroie ou sangle. Sur la ligne médiane à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs de la table, est adaptée une poulie sous laquelle passe une corde de traction reliée à une moufle fixée au niveau du bord libre. Le patient s'assied bien d'aplomb sur la table, les jambes étendues, la poulie située dans leur intervalle (Fig. 2) : le tronc est fixé par la sangle du dossier, afin d'éviter le glissement du corps en avant ; les jambes sont maintenues dans la rectitude, les pieds reposant sur la table par les talons et leur bord interne se touchant, par une sangle passée au-

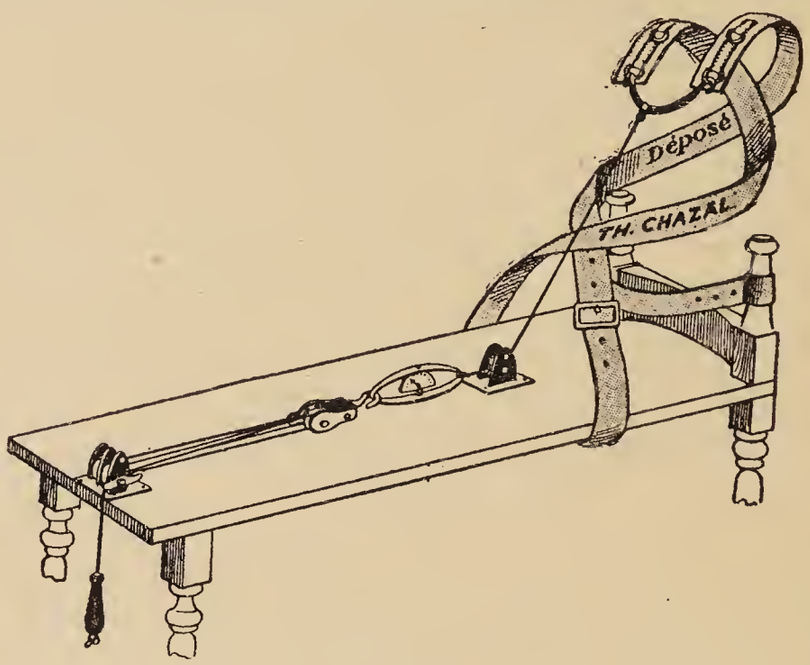

Fig. 1.

tour de la table et fixée au-dessus des genoux. On dispose alors la partie essentielle de l'appareil, qui consiste en une sangle à quatre branches affectant la forme d'un X. Ses deux branches supérieures sont munies d'anneaux situés à diverses hauteurs ; leur face antérieure porte cette indication destinée à éviter des erreurs d'application : face, côté droit, côté gauche. Des deux branches inférieures, la plus petite qui doit être placée du côté gauche du sujet, est pourvue d'une boucle ; la plus grande passe autour du bassin puis sous la table et va se fixer à la boucle de la précédente. Les deux branches supérieures passent sous les bras. Au niveau de la région dorsale on les entre-croise à la façon d'une croix de St-André, de manière que la branche droite passe à gauche, et réciproquement, et que leur extrémité libre munie d'anneaux vienne de chaque côté se poser sur les épaules à la façon de deux bretelles. A ces anneaux, un peu plus haut, un peu plus bas, suivant la taille des sujets, se fixent les deux extrémités terminées en crochet d'une petite barre de fer disposée en forme de cintre et munie à sa partie médiane d'un anneau dans lequel s'engage la corde de traction : celle-ci se

fléchissant sur la poulie située entre les jambes du sujet, la traction horizontale devient verticale, ce qui force le malade, l'appareil étant en ace et manœuvré, à se courber, à fléchir le rachis (Fig. 3).

*
* *

Il est des sujets chez lesquels les disques invertébraux sont assez astiques pour que la flexion maximum soit dépassée immédiatement ; ils plient en deux comme une charnière à la façon de certains acrobates : s sujets sont rares ; la flexion forcée du rachis, on le comprend, ne leur st pas applicable. Il en est d'autres chez lesquels le développement xagéré du tissu adipeux qui double les parois abdominales met obstacle

Fig. 2 et 3.

la flexion en avant : ceux-là sont peut-être dans l'espèce encore plus ares que les précédents, les ataxiques, loin d'être adipeux, étant presque oujours émaciés.

*
* *

En dehors de ces deux conditions exceptionnelles, la flexion est touours et facilement applicable.

Dans la majorité des cas la force à déployer, mesurable à l'aide d'un lynamomètre qu'on peut interposer entre le crochet de la moufle et la corde de traction, varie entre 60 et 80 kilos, soit une moyenne de 70 kilos fournie par 10 ataxiques.

Ce maximum n'est pas obtenu dès la première séance. Le sujet, forcé de se courber en avant, éprouve en effet, dans la région dorso-lombaire, une sensation qui devient vite douloureuse : la tolérance augmente généralement dans les 5 ou 6 premières séances pour devenir ensuite stationnaire. D'autre part, lorsque la traction est exagérée, le sujet sent une tension dans les sciatiques des deux côtés, ce qui est la meilleure preuve qu'il se produit une élongation de la moelle et des gros troncs nerveux qui se rendent aux membres inférieurs : nous insistons toutefois sur ce fait que pendant la durée de l'opération les membres inférieurs doivent rester étendus à plat, de façon à ne pas permettre le relâchement des sciatiques. La tête sera libre, moyennement fléchie sur le thorax, les bras seront pendants ou repliés le long du tronc.

Dans ces conditions, aucun accident n'est à redouter, la respiration se fait librement, la circulation n'est en aucune façon gênée, à l'inverse de ce qui se produit généralement dans la suspension.

De même qu'au début de toute séance la traction doit être progressive, à la fin de l'opération on ne produira pas, en lâchant brusquement la corde de traction, une déflexion subite du rachis ; on filera peu à peu, puis le malade sera rapidement démuni de son appareil et pendant quelques instants se placera sur un canapé ou un lit de repos. Il pourra ensuite, s'il est encore valide, se livrer immédiatement à ses occupations habituelles.

La durée moyenne d'une séance oscille entre 8 et 12 minutes, temps maximum.

*
* *

Nos recherches, à l'aide de l'appareil que nous venons de décrire, ont porté sur deux groupes de sujets.

Nous avons d'abord expérimenté sur 10 individus valides, qui ont bien voulu se prêter à nos investigations, de façon à nous permettre de nous rendre un compte exact des sensations éprouvées et de préciser ainsi la technique de l'intervention.

Nous avons ensuite opéré sur 47 ataxiques : 39 hommes et 8 femmes.

Disons, tout d'abord, que nous n'avons pas soumis indistinctement tous les ataxiques qui se présentaient à la flexion rachidienne : le discrédit qui, à un moment donné, a atteint la suspension, est venu certainement, pour une part au moins, de ce qu'aucune sélection n'était faite parmi les malades traités. Il faut savoir respecter certains cas de tabes. Tous les médecins ont observé des tabétiques chez lesquels l'affection, nettement déterminée, se jugeait uniquement, après une durée de dix ans et plus, par l'abolition du réflexe lumineux et patellaire, le signe de Romberg, quelques douleurs fulgurantes et un peu de parésie vésicale: il est évidemment

tile d'intervenir par les moyens mécaniques dans ces cas dont l'évolu- modifie fort peu les conditions de l'existence. De même, l'intervention anique n'est guère indiquée à la troisième période du tabes, lorsque coordination est très accentuée, que les malades sont dans ce que l'on ppelé, avec juste raison, la cachexie tabétique. Enfin il existe des tabes arche aiguë qui semblent, à quelque époque que ce soit, défier tous les rts de la thérapeutique : l'intervention mécanique y est nettement con- indiquée. Restent les ataxiques parvenus à la deuxième période de leur , en voie d'incoordination, chez lesquels l'affection se révèle par son e habituel de symptômes : crises de douleurs fulgurantes dans les mem- s, crises viscérales, anesthésies variées, troubles génitaux et vésicaux ; l'on n'intervient pas, les sujets de cette catégorie sont fatalement voués à e évolution progressive et assez rapide de leur mal : *chez ces ataxiques, tous les plus nombreux, la flexion du rachis constitue, à n'en pas douter, méthode thérapeutique la meilleure, bien supérieure, en particulier, à tes les autres méthodes mécaniques.*

Nos observations le démontrent péremptoirement.

En effet, 22 de nos malades, soit près de la moitié, ont été améliorés sui- nt la presque totalité des symptômes de leur maladie. Cette amélioration porté, en premier lieu et surtout, sur l'ensemble des phénomènes dou- ureux : crises à caractère fulgurant, troubles de la sensibilité. En second eu, nos malades ont retiré un grand bénéfice de la méthode par rapport ux troubles urinaires, la rétention en particulier : l'incontinence a été oins favorablement influencée sans que nous puissions en donner une terprétation suffisante. Enfin la flexion a eu une action presque cons- mment favorable sur l'impuissance. Sur nos 22 malades, 12 présentaient ne incoordination motrice assez marquée : chez 10 la marche a pu se ré- blir dans des conditions satisfaisantes. Dans tous les cas les symptômes culaires ou bulbaires n'ont été que très médiocrement modifiés. Ces ré- ultats cadrent curieusement, notons-le en passant, avec les résultats de os recherches anatomiques ; la flexion, nous l'avons vu, a une action urtout marquée sur la moitié inférieure de la moelle dorsale, la moelle ombaire et les nerfs de la queue de cheval ; or, cliniquement, c'est in- ontestablement d'une façon prédominante, sur les symptômes imputables ux lésions de ces régions, par lesquelles débute du reste presque toujours tabes, qu'a porté l'amélioration : douleurs en ceinture, crises gastri- ues, douleurs dans les membres inférieurs, parésie vésicale et incoordi- ation motrice.

A côté de ces 22 cas où le résultat a porté d'une façon générale sur la talité des symptômes de l'affection, 15 *autres en ont retiré des bénefices*

analogues, mais plus restreints et limités à quelques-uns seulement de ces symptômes.

10 *de nos malades seulement n'ont retiré de la flexion rachidienne aucune amélioration.* Cette proportion est d'un quart à peine, au lieu du pourcentage de 35 à 40 insuccès pour 100 établi dans notre première statistique portant sur 100 cas de tabes traités par la suspension dans le service du professeur Charcot à la Salpêtrière.

Aucun de nos malades n'a subi moins de 15 à 20 séances de flexion, terme moyen auquel nous nous sommes bornés lorsque la méthode ne semblait pas devoir donner de résultats satisfaisants. L'amélioration s'est montrée généralement vers la dixième ou quinzième séance à dater du moment où la traction maximum avait été tolérée. La pratique nous a conduits à conseiller une séance tous les 2 jours ; la séance quotidienne n'est efficacement tolérée qu'à la condition de ne pas excéder 5 à 8 minutes de durée ; elle peut être utile dans les cas où les phénomènes douloureux sont prédominants. D'une façon générale il nous a semblé inutile d'appliquer la méthode pendant plus de 3 à 4 mois consécutifs, soit 40 à 50 séances. Il arrive en effet presque toujours une période où, dans un traitement de longue durée tel que celui du tabes par l'élongation de la moelle, les bénéfices obtenus semblent au moins momentanément ne pouvoir être dépassés. Il faut alors interrompre les séances et profiter de ces interruptions pour instituer un traitement médicamenteux, prescrire une saison thermale, car l'élongation n'est pas exclusive des autres méthodes thérapeutiques et se combine heureusement avec elles. Bien entendu, après 1 mois et demi ou 2 d'interruption, on devra reprendre, pour une nouvelle période de durée variable, les séances de flexion redevenues utilisables.

*
* *

Nous conclurons donc en disant que, forts d'une expérience de plus de quatre ans, nous considérons la flexion rachidienne, seul moyen d'obtenir l'élongation vraie de la moelle, comme exempte des dangers de la suspension et comme permettant d'obtenir chez les ataxiques un bénéfice thérapeutique que l'on peut estimer au double de celui, déjà satisfaisant, que procurait cette importante technique.

NNÉE. N° 1. JANVIER ET FÉVRIER 1898.

Edgar 7

te et gasne p 18

NOUVELLE ICONOGRAPHIE

DE LA

ALPÊTRIÈRE

FONDÉE PAR J. M. CHARCOT

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

RAYMOND
ESSEUR DE CLINIQUE
DES MALADIES
SYSTÈME NERVEUX

A. JOFFROY
PROFESSEUR DE CLINIQUE
DES MALADIES MENTALES

A. FOURNIER
PROFESSEUR DE CLINIQUE
DES MALADIES CUTANÉES ET
SYPHILITIQUES

PAR

PAUL RICHER
EUR HON^re DU LABORATOIRE DE
LA CLINIQUE

GILLES DE LA TOURETTE
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS
MÉDECIN DES HÔPITAUX

ALBERT LONDE
DIRECTEUR DU SERVICE PHOTOGRAPHIQUE

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

D, BOGROFF (Odessa), BOIX, BOTTEY, BRISSAUD, CABANNES (Bordeaux), CATHELI-
U, CESTAN, J.-B. CHARCOT, CHIPAULT, DELPRAT (Amsterdam), DENY, DUFOUR, DURET,
L, EMIRZÉ (Smyrne), ESTEVES (Buenos-Ayres), ÉTIENNE (Nancy), FEINDEL, FÉRÉ, GASNE,
SSET (Montpellier), G. GUINON, HALLION, HUET, P. JANET, KATICHEFF (St-Pétersbourg),
AMY, LANNELONGUE, LAUFENAUER (Buda-Pesth), LAUNOIS, LE DENTU, M. LEMOS
), L. LÉVI, P. LONDE, LUCO ORREGO (Santiago, Chili), P. MARIE, MARINESCO (Bucharest),
ASSARY, H. MEIGE, H. MEUNIER, MICHAILOWSKI (Sofia), MOCZUTKOVSKY (St-Péters-
), PARINAUD, PARMENTIER, PITRES (Bordeaux), RAMADIER, RÉVILLIOD (Genève), A. RO-
SABRAZÈS (Bordeaux), T. D. SAVILL (Londres), SCHAFFER (Buda-Pesth), SÉGLAS, SÉRIEUX,
RSKY (Kiew), SOCA (Montevideo), SOUQUES, SURMONT, TARGOWLA, TUFFIER, WEIL, etc.

Secrétaire de la Rédaction : HENRY MEIGE

ONNEMENT. PARIS, **20** fr. ; DÉPARTEMENTS, **22** fr. ; UNION POSTALE, **23** fr.

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain
1898

sser, pour ce qui concerne la Rédaction, à M. le Dr HENRY MEIGE, 10, rue de Seine.

SOMMAIRE DU N° 1

Pag

A. Joffroy. — *Syndrome temporaire de Weber avec hémiopie permanente* (2 phototypies, 5 fig.) . . . . . .
Gilles de la Tourette et G. Gasne. — *Le traitement de l'ataxie locomotrice par l'élongation vraie de la moelle épinière* 1
Magalhaes Lemos. — *Contribution à l'étude de l'épilepsie symptomatique des néoplasies corticales* (1 phototypie) 2
A. Londe et Henry Meige. — *Applications de la radiographie à l'étude des anomalies digitales* (10 phototypies, 5 photogravures, 2 dessins) . . . . . .
G. Gasne. — *Sens stéréognostique et centres d'association* . . . . . .
J. B. Charcot. — *Amyotrophie du membre supérieur gauche chez un fellah, consécutive à la variole* (1 phototypie) . . . . . .
Henry Meige. — *Les Peintres de la médecine. Dietrich. Une opération sur l'œil* (1 phototypie) . . . . . .

REVUE NEUROLOGIQUE

ORGANE SPÉCIAL D'ANALYSES
DES TRAVAUX CONCERNANT LE SYSTÈME NERVEUX
ET SES MALADIES

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

DIRIGÉ PAR

E. BRISSAUD et P. MARIE

PROFESSEURS AGRÉGÉS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECINS DES HÔPITAUX

Secrétaire de la Rédaction : Dr Henry MEIGE

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

PARIS ET DÉPARTEMENTS, **25** FR. — UNION POSTALE, **27** FR.

On s'abonne à la Librairie MASSON et Cie, 120, boulevard Saint-Germain

La **Revue Neurologique** analyse tous les travaux français et étrangers to chant de près ou de loin au **Système nerveux** et à **ses maladies** (*Anatom Histologie, Physiologie, Technique, Anatomie et Physiologie pathologiqu Séméiologie, Pathologie, Clinique, Psychiatrie, Médecine légale, Histoire de médecine, Thérapeutique*) parus dans les publications récentes, revues et jo naux périodiques, dans les livres, les monographies et les communications fai aux Sociétés savantes et aux Congrès.

Outre ces analyses, la **Revue Neurologique** publie dans chaque numéro ou **deux mémoires originaux** avec ou sans figures.

Lorsque les travaux analysés sont illustrés par des **Figures** (dessins ou pl tographies), la **Revue Neurologique** en fait exécuter des reproductions ou croquis schématiques à la plume analysant les figures originales et qui sont nexées à l'analyse.

La **Revue Neurologique** publie également les indications bibliographiq des principaux travaux récemment parus sur une ou plusieurs questions c cernant le Système nerveux et ses maladies. Ces indications sont méthodiq ment réparties de façon à former une série de **Fiches bibliographiques** que travailleurs peuvent, à volonté, retirer du fascicule pour les ajouter à leurs n personnelles, et même, en découpant la page où elles figurent, intercaler dans fichier. Pour ceux qui le préfèrent, toutes ces pages peuvent être réunies et rel à la fin du volume de façon à constituer un **Index bibliographique**, complém indispensable du recueil d'analyses contenu dans la Revue.

Grâce à la **Revue Neurologique**, chacun peut trouver toujours et en très

Il se produit là une amélioration spontanée, pour ainsi dire naturelle, qu'il faut bien avoir présente à l'esprit pour ne pas attribuer à une intervention thérapeutique quelle qu'elle soit, ce qui est dû à la résorption du sang épanché dans le cas d'une hémorrhagie, ou au rétablissement, à un certain degré, de la circulation dans le cas d'oblitération vasculaire.

D'autre part, on ne doit pas oublier que si l'on peut concevoir facilement, qu'un traitement anti-syphilitique institué dès le début des troubles cérébraux donne très rapidement des effets salutaires, il serait plus difficile de se rendre compte de l'amélioration qui surviendrait plusieurs semaines et même plusieurs mois après la production d'un foyer d'hémorrhagie ou de ramollissement. De sorte que je ne suis nullement convaincu que chez notre malade, l'amélioration soit imputable à la thérapeutique à laquelle on a eu recours, et je ne suis pas plus certain qu'avant qu'il s'agisse d'accidents syphilitiques. Cela ne m'empêchera pas de répéter, à cette occasion, et pour terminer cette leçon ce que vous m'avez souvent entendu dire, que dans ces cas douteux, par cela seul que la syphilis peut être en jeu, il y a lieu de recourir pendant quelque temps au moins, à titre d'essai, à la médication iodo-hydrargirique.

Cette leçon a été faite il y a 14 mois, en décembre 1896.

Déjà à cette époque, comme on l'a vu précédemment, il s'était produit une amélioration considérable, les troubles paraphasiques n'étaient plus que peu accusés, l'hémiplégie légère et la paralysie des muscles de l'œil en voie d'amélioration, tandis que l'hémiopie persistait entière.

Depuis lors l'état s'est encore amélioré, l'hémiplégie n'est plus représentée que par un peu de raideur des membres, la paraphasie a complètement disparu, et c'est à peine si les muscles de l'œil révèlent à un examen systématique un peu d'affaiblissement, mais l'hémiopie est toujours complète avec une petite encoche centrale. On ne constate aucun trouble intellectuel.

Une photographie récente reproduite Pl. I, B rend bien compte des modifications survenues dans le facies de la malade.

LE TRAITEMENT DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE

PAR

L'ÉLONGATION VRAIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

PAR

GILLES DE LA TOURETTE
Professeur agrégé,
Médecin des hôpitaux.

ET

GEORGES GASNE
Chef de clinique
à la Salpêtrière.

Dans la séance du 26 avril 1897 (1) nous avons présenté à l'Académie de Médecine, en collaboration avec M. Chipault, une note sur le traitement de l'ataxie locomotrice par l'élongation vraie de la moelle épinière.

La méthode que nous proposions était basée sur des recherches anatomiques qui nous avaient montré qu'on pouvait obtenir par la flexion forcée du rachis un allongement de la moelle pouvant aller jusqu'à deux centimètres. Nous rappellerons que nos observations cliniques faites à l'aide d'un appareil spécial, poursuivies pendant 4 années, avaient porté sur 47 ataxiques, 39 hommes et 28 femmes et que 22 malades, soit près de la moitié, avaient été améliorés suivant la presque totalité des symptômes ; 15 suivant quelques-uns seulement ; 10 sujets n'avaient retiré aucun bénéfice de l'élongation. Les phénomènes douloureux, les troubles génito-urinaires, l'incoordination motrice avaient été surtout améliorés. Nous rapportons aujourd'hui une nouvelle série d'observations faites dans le service de la Clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière du 15 juillet au 15 novembre 1897. 21 malades (18 hommes et 3 femmes) ont suivi le traitement d'une façon suffisamment prolongée et régulière (15 à 40 séances) pour nous permettre à nouveau d'apprécier les résultats que les tabétiques peuvent retirer de cette méthode. Or 17 sur 21 en ont obtenu des bénéfices considérables portant principalement sur les divers phénomènes douloureux, les troubles génito-urinaires, l'incoordination motrice ; l'incontinence d'urine par contre a paru peu influencée.

Ce pourcentage par rapport aux résultats précédemment énoncés pa-

(1) *Comm. à l'Académie de médecine*, 7 déc. 1897. Voy. aussi Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1897, p. 145.

aîtra peut-être très considérable. On s'en étonnera moins lorsqu'on saura ue tous les ataxiques qui se sont présentés n'ont pas été indistinctement oumis à l'appareil. Guidés par l'expérience, nous avons établi une sélec- on encore plus rigoureuse que celle à laquelle nous avaient conduits nos remières recherches. C'est ainsi que l'élongation doit être refusée aux abétiques cachectiques comme à ceux dont la maladie revêt une très ente évolution ; dans les cas d'arthropathies, de crises laryngées, lorsque es manifestations sont limitées à l'appareil oculaire sous forme de para- ysies des muscles ou d'atrophie de la papille. Ces malades doivent être liminés d'emblée.

Par contre, l'appréciation est un peu plus difficile et ne peut se baser ue sur l'expérience directe lorsqu'il s'agit de savoir si, indépendamment es phénomènes observés, l'état du rachis permet d'obtenir l'élongation et es bénéfices qu'on est en droit d'en attendre. Dans notre première com- unication nous disions que certains malades, lors de la première séance e pliaient comme une charnière : étant donnés les résultats fournis par es recherches anatomiques l'élongation dans ces cas ne saurait avoir lieu. Pendant la flexion, pour ainsi dire, normale chez ces sujets, la longueur e la moelle ne varie pas ou varie dans des limites insuffisantes pour pro- luire un effet thérapeutique. Chez d'autres par contre la flexion, au lieu l'être illimitée pour ainsi dire s'effectue dans des limites trop restreintes. l est des sujets en effet chez lesquels elle ne saurait avoir lieu par suite l'une adipose très marquée des parois abdominales limitant la flexion. Dans un autre ordre d'idées, chez certains tabétiques d'un âge généralement ssez avancé (adipose), la colonne vertébrale offre une rigidité très marquée t comme l'élongation de la moelle et des racines est intimement liée à la lexion de la paroi antérieure du rachis la traction qu'ils peuvent supporter reste insuffisante pour le produire. On se basera dans ces derniers cas, pour repousser l'intervention, sur ce fait que les sujets de cette catégorie n'éprou- ent pas dans les extrémités inférieures, pendant la séance, la sensation passagère d'engourdissement qui est la meilleure preuve de la réalité de l'élongation et d'une bonne application de l'appareil.

Disons en terminant que nous avons uniquement compris dans notre tatistique les malades venus du dehors, le déplacement qu'ils étaient bligés d'effectuer dans des conditions souvent difficiles pour se rendre rois fois par semaine à la Salpêtrière étant une véritable garantie de leur incérité. Dans cet ordre d'idées nous avons éliminé les sujets déjà hospi- talisés, ceux-ci pouvant avoir intérêt à exagérer les bénéfices de l'élonga- tion dans le but de satisfaire l'expérimentateur sous la direction médicale duquel ils se trouvent placés, ou au contraire accuser un état stationnaire afin de prolonger leur séjour à l'hôpital.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ÉPILEPSIE SYMPTOMATIQUE DES NÉOPLASIES CORTICALES

PAR

MAGALHAÈS LEMOS

Médecin de l'Hôpital du Conde de Ferreira (Porto).

L'étude de l'épilepsie a été reprise et remaniée dans tous les sens, et bien des aperçus nouveaux sont sortis des mémorables recherches anatomo-cliniques et expérimentales faites dans ce domaine.

En premier lieu, l'épilepsie, qui depuis longtemps fut considérée comme le prototype des maladies essentielles, comme une *névrose autonome*, ne compte plus guère que pour un syndrome qui peut éclater dans le cours et par le fait de nombreux états pathologiques très divers. A côté de cela son tableau s'est énormément agrandi par la découverte de ses équivalents cliniques et des épilepsies aiguës.

En ce qui concerne la pathogénie des attaques le « centre convulsif » a perdu beaucoup de son importance. En effet, si nous ne pouvons pas refuser entièrement un rôle secondaire à la moelle allongée, aux centres inférieurs et aux ganglions du cerveau, et s'il est, peut-être, permis de se placer au point de vue très général pour affirmer avec Gowers que l'épilepsie est une « maladie » de la substance grise de l'encéphale ; il n'est pas douteux qu'il s'agit là surtout et avant tout d'une affection irritative du cortex cérébral, capable de troubler, directement ou indirectement, sous forme de paroxysmes, les fonctions de centres psycho-moteurs.

L'observation que nous allons présenter apprend que les lésions très limitées de la substance grise corticale peuvent produire non seulement l'épilepsie partielle, comme tout le monde l'admet, mais aussi des attaques typiques de grand mal; elle éclaircit, si nous ne nous trompons, la pathogénèse des accès convulsifs et du délire, et donne des indications sur la localisation du sens musculaire.